

**Modalitäten für die Abrechnung nach § 302 SGB V**

**§ 1**

**Verwendung des Institutionskennzeichens**

- (1) Jeder zugelassene Leistungserbringer verfügt gemäß § 293 SGB V über ein berufsgruppenspezifisches Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet. Für jede Filiale, Zweigstelle etc. ist ein gesondertes IK zu führen.

Ist ein zugelassener Leistungserbringer in verschiedenen Heilmittelbereichen (Physikalische Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Ergotherapie, Podologie) tätig, so hat er für jeden Heilmittelbereich das jeweils berufsgruppenspezifische IK zu führen.

- (2) Das berufsgruppenspezifische IK ist bei folgender Stelle zu beantragen:

**Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft**

**Institutionskennzeichen (SVI),**

**Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin,**

**Telefon: 02241/231-1275, Fax: 02241/231-1334**

Änderungen der unter dem berufsgruppenspezifischen IK gespeicherten Daten sind ausschließlich der SVI unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die Krankenkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

- (3) Das berufsgruppenspezifische IK ist im Rahmen des Zulassungsverfahrens gemäß § 124 SGB V mitzuteilen. Abrechnungen mit den jeweiligen Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem berufsgruppenspezifischen IK.

Das berufsgruppenspezifische IK ist in jeder Abrechnung sowie im Schriftwechsel anzugeben. Abrechnungen ohne IK, mit fehlerhaftem oder unbekanntem IK werden von den Krankenkassen abgewiesen.

- (4) Die gegenüber den Krankenkassen verwendeten, unter dem berufsgruppenspezifischen IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung, sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die Krankenkassen. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Krankenkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.

**§ 2**

**Abrechnungsregelung**

- (1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern

nach § 302 Abs. 2 SGB V (im Folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils geltenden Fassung. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:

- a) Abrechnungsdaten,
- b) Urbelege (Verordnungsblätter, jeweils im Original)
- c) ggf. Leistungszusagen der Krankenkassen (im Original)
- d) Gesamtaufstellung (Gesamtrechnung, ggf. zusätzlich Sammelrechnung)
- e) Begleitzettel für Urbelege (bei maschineller Abrechnung).

Nach § 302 Abs. 1 SGB V sind die zugelassenen Leistungserbringer verpflichtet, den Krankenkassen bzw. den von den Krankenkassen benannten Stellen die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte Datenlieferungen werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet.

Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, haben die Krankenkassen gemäß § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nachzuerfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten haben die Krankenkassen den betroffenen zugelassenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

- (2) Jeder neu zugelassene Leistungserbringer ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 1, bei der jeweiligen Krankenkasse anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde.<sup>1</sup>
- (3) Zur Sicherstellung der Vergütung erbrachter Leistungen ist bei der Aufnahme des maschinellen Abrechnungsverfahrens vom einzelnen neu zugelassenen Leistungserbringer zunächst eine Erprobungsphase mit den einzelnen Krankenkassen durchzuführen. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen. Dabei sind die maschinellen Daten mit der Kennung **"TSOL"** als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.

Die Erprobungsphase mit einer Krankenkasse ist beendet, wenn die jeweilige datenannehmende Stelle der Krankenkasse technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt bekommt. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die betreffende Krankenkasse dem zugelassenen Leistungserbringer eine Rückmeldung über die fehlerfreie Anlieferung der Daten gibt.

Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom zugelassenen Leistungserbringer ausschließlich Abrechnungen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern gemäß der technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen übermittelt. Die Daten sind durch die Kennung **"ESOL"** als Echtdaten zu kennzeichnen.

---

<sup>1</sup> BKK-Bereich: Die Betriebskrankenkassen haben in der Regel für die Annahme der Abrechnungsdaten auf Datenträgern oder mittels Datenfernübertragung den BKK Bundesverband, DV-Produktionsservice, Kennwort: § 302 SGB V, Postfach 10 05 31, 45005 Essen beauftragt; IK: 104027544. Betriebskrankenkassen, für die dies nicht gilt informieren direkt über Ihre Annahmestellen.

- (4) Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs. 1 Buchstaben b) (Urbelege) und c) (Leistungszusagen) der Richtlinien sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach § 2 Abs. 1 Buchstabe a) und e) der Richtlinien) an die von den Krankenkassen benannten Stellen zu liefern. Die Unterlagen sind im Original in der in den Richtlinien beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln. Den rechnungsbegründenden Unterlagen ist bei maschineller Abrechnung ein Begleitzettel gemäß § 2 Abs. 1 Buchstabe e) der Richtlinien beizufügen.
- (5) Der zugelassene Leistungserbringer hat die folgenden Angaben auf dem Verordnungsblatt aufzutragen:
- a) berufsgruppenspezifisches IK sowie Stempel des zugelassenen Leistungserbringers
  - b) 5-stellige Heilmittelpositionsnummer sowie Faktor der abgegebenen Leistung
  - c) Rechnungs- und Belegnummer
  - d) Bruttowert der Verordnung und eingezogener Zuzahlungsbetrag

- (6) Für die Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag ist das entsprechende Schlüsselkennzeichen (bestehend aus Abrechnungscode und Tarifkennzeichen) zu verwenden.

Der vom Vertragsarzt auf der vertragsärztlichen Verordnung angegebene Indikationsschlüssel ist der Krankenkasse in der Abrechnung (Abrechnungsdatensatz) zu übermitteln, sofern der Vertragsarzt ihn auf der vertragsärztlichen Verordnung angegeben hat.

In den Abrechnungsdaten sind gemäß § 302 Abs. 1 SGB V die vollständigen Heilmittelpositionsnummern gemäß Anlage 3 dieses Vertrages (Vergütungsvereinbarung) anzugeben. Abrechnungen ohne Heilmittelpositionsnummern werden nicht akzeptiert.

- (7) Dem Leistungserbringer bzw. der von ihm beauftragten Abrechnungsstelle obliegt die Beweispflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers bzw. des Ersatzbeleges und der vertragsärztlichen Verordnungen bei der Krankenkasse. Die Abrechnung erfolgt unter Vorlage der Originalverordnung mit Empfangsbestätigung des Versicherten nach Abschluss der jeweiligen Behandlung. Ist der Versicherte nicht unterschriftsfähig, ist dies auf der vertragsärztlichen Verordnung zu dokumentieren.
- (8) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Krankenkasse dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Eine Abweisung der Gesamtabrechnung ist nur bei folgenden Fehlern möglich:
- Fehler in Datei und Dateistruktur (Technische Anlage 1)
  - Fehler in der Syntax (Technische Anlage 1)
  - Fehler bei Datenelementinhalten (Technische Anlage 1)
  - Nichtbeachtung der Regelungen zur Kennzeichnung und Sortierung der Urbelege
  - nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen
  - Nichtbeachtung der inhaltlichen Mindestanforderungen an den Begleitzettel für Urbelege (Anlage 4 der Richtlinien nach § 302 SGB V)

- (9) Bei der Einreichung der Abrechnungsunterlagen sind die Unterlagen zu einer Verordnung in der Sortierreihenfolge
- Verordnung und
  - ggf. andere rechnungsbegründende Unterlagen zu der Verordnung

anzuliefern. Die zu einer Verordnung gehörenden Unterlagen sind **fest** miteinander zu verbinden.